

Escanea

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Recinto Universitario Rubén Darío.

Facultad de Ciencias Médicas.

Biblioteca Central "Salomón de la Selva"
UNAN-Managua
Fecha de Ingreso: 05/05/17
Comprado: Don. Fac. Med
Precio: C\$ U\$
Registro No. 96765



Tesis para Optar al Título de Médico y Cirujano.

"Características Clínicas y Epidemiológicas de Pacientes con Diagnóstico de Infección de Vías Urinarias (IVU) Durante el Embarazo, Ingresadas a sala de Ginecobstetricia del Hospital Primario "San José de las Mulas" Tuma-La Dalia, en el período Junio a Diciembre 2014".

Autores:

Br. Noreli Izamar Rivas Pravia
Br. Linda Isabel Rizo Mendoza
Br. Reynaldo José Olivas Gutiérrez

Tutor Metodológico:

Dra. Cinthya Canales
Subdirector Docente SILAIS de Matagalpa.

Tuma La Dalia, Matagalpa. Diciembre 2016

MED
378.242
Riv
2016

Dedicatoria

A Dios, Por no desamparnos nunca, guiarme y proporcionarme las fuerzas y la paciencia necesaria para no decaer en los momentos difíciles.

A nuestros padres, por brindarnos su apoyo y amor de manera constante e incondicional; por demostrarnos que con esfuerzo, dedicación y disciplina se puede alcanzar todas las metas propuestas

A nuestros hijos por ser el motor que nos impulsó a levantarnos cada vez que nos caímos y volver a comenzar.

A todas aquellas personas que de una y otra manera nos ayudaron a cumplir nuestras metas trazadas.

A todo el personal que labora en el establecimiento de salud de la Odl, por aceptar y brindar la información necesaria para el estudio

Agradecimiento

A Dios, dándole la honra y la gloria, guía nuestras vidas y está siempre a nuestro lado.

A nuestros padres por “depositar su confianza, brindándonos” sus apoyo ilimitado e incondicional en todo momento. Por sus esfuerzos hechos por brindarnos educación.

A nuestro tutor por aceptar junto a nosotros este reto llevándonos a la culminación de nuestro trabajo de grado.

A todos los profesores de la universidad, por inculcarnos sus sabias enseñanzas y guiarnos para convertirnos en profesionales.

A todo el personal que labora en el establecimiento de salud de la Dalia por aceptar y brindar la información necesaria para el estudio.


Dra. Danyela Corrales
Coordinadora docente
EN LA SALUD



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2017

TIEMPOS DE *Por Gracia*
VICTORIAS! *de Dios!*

OPINION DEL TUTOR.

A quien concierne:

Se realizó estudio descriptivo, de serie de casos, en el municipio de la Dalia, Departamento de Matagalpa, con el objetivo de identificar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con el diagnóstico de infección de vías urinarias (IVU) durante el embarazo ingresadas en la sala de ginecoobstetricia del hospital Primario San José de las mulas, en el periodo de junio- diciembre del 2014.

Actualmente a través del MOSAFC se está implementando diferentes estrategias para contribuir a la maternidad segura, entre ellos la atención prenatal, embarazo, parto y puerperio seguro, a través de los cuales se ha identificado alto índice de mujeres que presentan infección de vías urinarias que ameritan tratamiento intrahospitalario en el municipio de la Dalia, presentando la mayoría de los casos complicaciones tanto maternas como neonatales por múltiples factores.

La importancia de este estudio radica en la identificación de los factores de riesgo modificables y no modificables de la población en estudio, lo que permite realizar líneas estratégicas locales para incidir sobre estos y contribuir a la disminución de las complicaciones asociadas a las IVU durante el embarazo.

Dra. Cinthya Canales.

Subdirector docente.

SILAIS MATAGALPA.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de infección de vías urinarias durante el embarazo ingresadas en la sala de ginecología del Hospital “San José de las Mulas” de la Dalia en el periodo de Junio - Diciembre 2014.

Diseño Metodológico: Se trató de un estudio Descriptivo, cuantitativo, Serie de Casos. Constituido por 30 embarazadas diagnosticadas con Infección de vías Urinarias, ingresadas a la sala de ginecología, la muestra corresponde al universo. La fuente de obtención de los datos es secundaria, basados en los datos de los expedientes clínicos de las embarazadas.

Resultados: entre los resultados más preponderante encontramos:

El grupo de edades comprendidas entre 21-30 años constituye el 53.3%. El 80% de origen rural. El 46.6 % ha estado hospitalizada por otras razones. Las pacientes con patologías asociadas constituyen el 56.6% de las cuales el 26.6% presento candidiasis vaginal.

El 56.6% fueron clasificadas como IVU recurrente. El método diagnóstico más empleado fue integral en 86.7%. El tratamiento con el cual fueron manejadas según expediente clínico en 46.6% esquema A del total de mujeres ingresada 3.3% se les realizó urocultivo. Del total de pacientes 56.6% no presentaron complicaciones el restante presento APP 23.3%.

Conclusiones.

- La población estudiada se caracteriza en su mayor frecuencia entre las edades de 21 a 30 años de edad, procedencia rural, amas de casas en una relación estable y nivel educativo de secundaria sin finalizar.
- El principal factor de riesgo (80%) es situación geográfica asociado en un porcentaje menor a patologías asociadas en el embarazo.
- Los antecedentes patológicos familiares y personales no tuvieron gran impacto en la aparición de la enfermedad
- Las mujeres cursan según historia clínica por primera vez con el cuadro patológico.
- Los antecedentes obstétricos se cumple con una media de una gesta por mujer.
- El peso no influye como factor predisponente para la enfermedad.
- Al momento del ingreso el principal motivo de consulta fue el dolor lumbar
- Más de la mitad de las pacientes curso con patologías asociadas a la enfermedad
- La tercera parte de las mujeres del estudio (46.66%) había estado hospitalizada por otras patologías.
- El diagnostico empleado fue integral clasificadas al ingreso como IVU recurrente.
- El esquema de tratamiento utilizada fue el A (46%).
- El urocultivo no se le realiza a todas las pacientes.

INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III

	Paginas
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS	8
VI. MARCO TEÓRICO.....	9
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	21
VIII. RESULTADOS	28
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS	31
X. CONCLUSIONES.....	33
XI. RECOMENDACIONES.	34
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS	38

I. INTRODUCCIÓN

Las infecciones de vías urinarias (IVU) se encuentran entre las infecciones más frecuentes que afectan al ser humano a lo largo de su vida, tanto en el ámbito comunitario como en el nosocomial. Son 14 veces más frecuentes en la mujer que en el hombre. Se ha comprobado que entre el 10 y el 30% de las mujeres tendrán alguna en el curso de su vida. Esta frecuencia es aún mayor en la mujer embarazada. El embarazo puede predisponer al empeoramiento de las enfermedades renales y sus secuelas, entre ellas el desarrollo de IVU es una de las más frecuentes; fenómenos como los cambios hormonales, metabólicos y anatómicos diferencian y favorecen en la mujer embarazada la incidencia de esta patología. Los microorganismos involucrados son principalmente las enterobacterias entre ellas *Escherichia Coli* (80% de los casos), *Klebsiella*, *Proteus Mirabilis* entre otros. (2)

Por lo tanto, existen un sin número de factores que pueden afectar el curso natural del embarazo con lo consiguiente llegan a presentarse en orden de frecuencia: amenaza de aborto, parto prematuro y recién nacido de bajo peso al nacer. La mortalidad fetal más alta se presenta cuando la infección ocurre durante los 15 días que anteceden al parto.

La importancia de conocer las características clínicas y epidemiológico de las infecciones de vías urinarias en una población determinada, esto contribuye al adecuado manejo de forma individualizada, y de acuerdo con el comportamiento general de éstas permite tomar decisiones en cuanto al manejo empírico de pacientes sintomáticos, mientras se obtienen los resultados de laboratorio, haciendo un uso racional de los medicamentos, contribuyendo entonces a bajar los costos de manejo en el paciente, disminuir la resistencia de ciertas cepas a medicamentos, permite a la institución desarrollar proyectos subsecuentes para el buen funcionamiento en el diagnóstico y manejo de las infecciones de las vías urinarias. (3)

II. ANTECEDENTES

Tarapoto- Perú, se presentó un estudio descriptivo, prospectivo elaborado por Zángana Lioysith con el tema Diagnostico presuntivo de infección del tracto urinario y complicaciones más frecuentes en gestantes de población mestiza nativa en la ciudad de Lamas, junio-septiembre 2012, encontrándose que la incidencia de la población mestiza fue mayor que la nativa.

Ecuador, estudio de tipo descriptivo, retrospectivo elaborado por Chancay María con el título de incidencia de infección de vías urinarias en embarazadas de 18 a 30 años en diciembre 2014, encontrándose el 35% de incidencia en una población de 254 pacientes.

Colombia, estudio descriptivo , prospectivo realizado por Meza Lisbeth de complicaciones y frecuencia de infección de vías urinarias en embarazadas atendidas en el hospital Enrique C. Soto Mayor en el periodo septiembre 2012 encontrándose que la frecuencia es mayor en 15 a 17 años.

Managua, se presentó un estudio retrospectivo realizado por Gonzales Clara de IVU en pacientes en ARO con 20 o más semanas de gestación en el HBCR, encontrándose que las más afectadas fueron primigestas y nulíparas diagnosticadas a través del EGO en el período comprendido de Enero- Agosto de 1990.

Managua, se presentó un estudio descriptivo retrospectivo realizado por el Dr. Francisco Matamoros y Dra. Nidia Tapia en el centro de salud Edgar Lang Sacaba en el II semestre de 1997 sobre el comportamiento de las IVU en mujeres embarazadas que acudieron a la unidad. Dando como resultado que el grupo etario más afectado está entre 15-19 años y mujeres múltiparas.

Matagalpa, se presentó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal por la Lic. Daniela Sánchez y Mayelis Zamora en el centro de salud Trinidad Guevara,

sector cinco Matagalpa sobre Calidad de atención y manejo en gestantes con Infección de vías urinarias encontrándose las cuales revelan que la calidad de atención y manejo es deficiente en un 30% debido a que no se les da a las pacientes gestantes el tratamiento adecuado según protocolo de atención

Masaya, se presentó un estudio retrospectivo de infecciones de vías urinarias en pacientes embarazadas del Hospital Humberto Alvarado en el año 1998, encontrando que las embarazadas más afectadas comprenden las edades de 25-29 años y las que están en el segundo trimestre del embarazo.

León, se realizó un estudio de tipo descriptivo en el hospital escuela "Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello" Sobre el comportamiento clínico de infección de vías urinarias, encontrándose que la fiebre y síntomas uterovesicales fueron manifestaciones clínicas predominantes.

III. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La incidencia reportada de IVU en cualquiera de sus presentaciones clínica alcanza valores de 2-10% del total de las embarazadas, la más común de las presentaciones clínicas es la bacteriuria sintomática la cual es responsable de complicaciones en el embarazo, encontrándose relacionada con el desarrollo de infección urinaria de vías altas (pielonefritis)⁽⁵⁾, así como otras complicaciones que afectan al recién nacido disminuyendo su calidad de vida como amenaza y el parto pre término, corioamnionitis y sepsis neonatal.⁽¹⁾

Es conocida la necesidad de suministrar tratamientos a las pacientes con bacteriuria asintomática para evitar las anteriores complicaciones, sin embargo la creciente resistencia a los antibióticos, la cobertura insuficiente de los servicios de salud y el sub-diagnóstico de la patología permite que las mujeres evolucionen a IVU de vías altas ocasionando el desarrollo de pielonefritis que requiere hospitalización y tratamiento antibiótico intravenoso, aumentando los costos de la atención y las posibles complicaciones que estas mujeres pueden cursar durante su gestación. ⁽¹⁰⁾

Patrones fisiológicos como la hidronefrosis del embarazo, el aumento de la filtración glomerular, la estasis vesical y uretral son factores predisponentes para el desarrollo de la patología urinaria en la embarazada, ⁽⁸⁾, a pesar de eso también según la teoría multicausal de la enfermedad pueden existir otros determinantes que estén permitiendo el desarrollo de la patología, determinantes sociales, determinantes ambientales y otros factores que permiten o agravan la enfermedad.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es describir variables endógenas de la población que muestren de manera clara variantes para intervenciones apropiadas seguimiento oportuno, evitando futuras complicaciones de esta patología.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Infecciones de vías urinarias constituyen una de las complicaciones infecciosa más habituales de embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos. Surge la problemática de estudiar a la población para dar un oportuno manejo y seguimiento de estas reduciendo en un futuro posibles complicaciones naciendo así la pregunta de estudio:

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de Pacientes con diagnóstico de Infección de vías Urinarias en el embarazo ingresadas en la sala de ginecoobstetricia del Hospital primario "San José de las Mulas" Tuma- La Dalia en el periodo Junio - Diciembre 2014?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General.

Identificar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de infección de vías urinarias durante el embarazo ingresadas en la sala de ginecobstetricia del Hospital Primario "San José de las Mulas" Tuma-La Dalia en el periodo de Junio - Diciembre 2014.

5.2 Objetivos Específicos.

1. Describir las características clínicas y socio-demográficas de las embarazadas diagnosticadas con IVU.
2. Identificar el manejo empleado en las pacientes en estudio.
3. Mencionar las complicaciones presentadas en la población en estudio.

VI. MARCO TEÓRICO

1.1 Definición

La infección de vías urinarias es la colonización por bacterias uro-patógenas que pueden ocasionar, respuesta inflamatoria, colonización asintomática o ascender a las vías urinarias altas desarrollándose complicaciones renales. Diferencias anatómicas condicionan en las mujeres mayor tendencia a desarrollarla durante la vida, la incidencia de IVU en mujeres embarazadas y no embarazadas es semejante, la diferencia radica en la frecuencia de complicaciones en estado grávido (1).

1.2 Epidemiología

Las IVU son la principal causa de consultas y de hospitalización en pacientes de todas las edades desde recién nacidos hasta ancianos; su frecuencia varía con la edad. A partir de la adolescencia, la presentación de estas infecciones en mujeres se incrementa de forma significativa, estimándose una incidencia del 1 al 3% del total de mujeres adolescentes. (2)

Después del inicio de la vida sexualmente activa, la diferencia en frecuencia de IVU entre mujeres y hombres se hace aún más marcada; en etapa de la edad reproductiva, la incidencia de infección urinaria es aproximadamente 30 veces más frecuente en mujeres que en hombres (10)

El factor de riesgo más importante en las infecciones de vías urinarias es el embarazo. El 20% de las embarazadas presentan una infección vías urinarias bajas (ITU) en el curso de la gestación. Un 10% de los ingresos hospitalarios en gestantes se deben a infecciones de vías urinarias. La bacteriuria asintomática no tratada es un factor de riesgo de pielonefritis, bajo peso al nacer y amenaza de parto prematuro (10)

En la mujer la prevalencia de IVU pasa del 1% en la edad escolar al 5% a la edad de 20 años, epidemiológicamente asociada con el inicio de relaciones sexuales. El uso de diafragma y espermicida también se han relacionado con una mayor incidencia de IVU en la mencionada población. (9)

A partir de los 20 años la prevalencia de IVU en la mujer sigue en aumento, a razón de un 1-2% por cada década de vida, de modo que a los 70 años más del 10% de las mujeres tienen bacteriuria asintomática. En la mujer postmenopáusica existe una mayor predisposición a la infección urinaria, como resultado del incremento del pH vaginal y la subsecuente alteración de la flora endógena. (11)

El embarazo es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de IVU, con una prevalencia de bacteriuria del 4-10% de las mujeres gestantes. Un 20-40% de tales pacientes podrán desarrollar pielonefritis en el embarazo y está bien documentada la relación entre bacteriuria asintomática en la gestación y riesgo de prematuridad, parto pretérmino y posiblemente efectos adversos fetales. Por tanto se recomienda el screening de bacteriuria durante la gestación (6)

1.3 Factores de Riesgo.

Los cambios fisiológicos durante el embarazo predisponen a la bacteriuria. Estos cambios fisiológicos incluyen retención urinaria causada por el peso del útero aumentando de tamaño y la estasis urinaria debido a la relajación del musculo liso uretral. Las infecciones resultan de la colonización ascendente de las vías urinarias. (3)

Diversos factores fisiológicos maternos predisponen a la infección ascendente:

- Las propiedades de relajación del musculo liso por la progesterona y la obstrucción mecánica por agrandamiento del útero causa la dilatación de los cálices renales.

- La glucosuria y un aumento en los niveles de aminoácidos de la orina durante el embarazo son factores adicionales q conducen a infección urinaria.
- El mecanismo de aminoaciduria selectiva es desconocida, aunque se ha postulado que su presencia afecta la adhesión de E. Coli en el urotelio.

1.4 Cambios fisiológicos en la embarazada que predisponen a IVU

El tracto urinario sufre modificaciones anatómicas y fisiológicas durante el embarazo, estos predisponen que las mujeres con bacteriuria o IVU con sintomatología leve desarrollen pielonefritis, durante el embarazo la longitud renal incrementa hasta un 1 cm y la tasa de filtración glomerular aumenta en un 30-50%, el aumento exponencial de la secreción de progesterona promueve el crecimiento uterino lo que logra un impedimento mecánico que se presenta desde las 7 semanas ocasionando hidronefrosis en la embarazada, lo que promueve el estasis de orina y facilita el ascenso de las bacterias. (3)

La progesterona ha demostrado tener influencia en la vejiga y los uréteres promoviendo la relajación del musculo liso, desplazando anteriormente y superior a la vejiga, causando un aumento de la capacidad de almacenar orina, a consecuencia produciendo estasis. (5).

6.5 Etiología de la infección de vía urinaria

En la etiología de las infecciones de vías urinarias las enteras bacterias ocupan los primeros lugares seguidas de los estafilococos y entero cocos. Dentro de las bacterias la Escherichia Coli es la más frecuente, en más del 90% de los casos, seguido de Klebsiella sp y Proteus sp. (11)

Entre los organismos Gram positivos más frecuentes están: *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus Agalactiae*, *Enterococos*, que indican infección mixta o patología urinaria orgánica.

6.5.1.- Enterobacterias

Las enterobacterias son un grupo heterogéneo de bacilos gram negativos cuyo hábitat natural es el intestino de los humanos y animales, las enterobacterias son microorganismos aerobios, fermentadores de una gran cantidad de carbohidratos, poseen una estructura antigénica compleja y producen varias toxinas y otros factores de virulencia.⁽¹¹⁾

6.5.1.1.- Escherichia coli

La E. coli es la causa más común de infección en el aparato urinario y es responsable del 90% de las infecciones urinarias primarias en mujeres jóvenes. La mayor parte de las infecciones se deben a un pequeño número de tipos de antígeno O de E. coli. El antígeno K parece ser importante en la patogenia de la parte superior del aparato ⁽¹¹⁾.

6.5.1.2.- Klebsiella

Este microorganismo es responsable, con mucha más frecuencia, de infecciones urinarias, en especial si hay obstrucción. K. pneumoniae también causa infecciones urinarias, de las vías biliares y peritonitis. Se encuentra presente en el aparato respiratorio y heces de casi 5% de las personas sanas ⁽¹¹⁾

La diabetes mellitus asociada al embarazo incrementa la posibilidad de adquirir infección por Klebsiella y Proteus. ⁽¹¹⁾

6.5.1.3.- Proteus

Las especies de Proteus producen infecciones en el humano solo cuando la bacteria abandona el intestino. Se les encuentra en infecciones del aparato urinario y neumonía. Las especies Proteus producen ureasa y por consiguiente hidrolizan con rapidez la urea y producen amonio, así en las infecciones del aparato urinario con Proteus, la orina se vuelve alcalina lo cual promueve la formación de cálculos y es

casi imposible acidificar la orina. La rápida movilidad de *Proteus* puede contribuir a su capacidad para invadir el aparato urinario.

6.5.2.- *Estafilococos*

Células esféricas grampositivas, habitualmente dispuestas en racimos irregulares, fermentan carbohidratos. Algunos son miembros de la flora normal de la piel y mucosas de los humanos; otros causan supuración, formación de abscesos, varias infecciones piógenas e incluso septicemia mortal.

El *S. Saprophytus* es una causa relativamente común de infecciones del aparato urinario en mujeres jóvenes. Parece que las infecciones urinarias a *S. saprophyticus* son más frecuentemente sintomáticas que las causadas por las enterobacterias. Se observa piuria (>10 leucocitos/mm³) y una hematuria microscópica, en aproximadamente el 95% y el 70% de los casos respectivamente. En el plano clínico, existe una sintomatología que asocia escozores miccionales y polaquiuria y más raramente un ascenso térmico, correspondiendo en general a febrícula.

6.5.3.- *Estreptococos*

Bacterias esféricas grampositivas que por lo general forman pares de cadenas durante su crecimiento, algunos son parte de la flora humana normal.

El *Streptococcus Agalactiae* forma parte del grupo B. Pertenecen a la flora normal del aparato femenino y son causa importante de septicemia y meningitis neonatal.

El hallazgo de *S. Agalactiae* en la orina probablemente indica una importante colonización de este germen en la vagina, por lo que estas pacientes deberán ser tratadas profilácticamente.

El estreptococo del grupo B se ha ligado con rotura prematura de membranas, parto pretérmino, sepsis neonatal, meningitis y neumonía.

6.6 Clasificación de las infecciones de vías urinarias en mujeres embarazadas.

Según norma nacional vigente en el país que dispone los criterios de clasificación a utilizar en las unidades de salud nacionales, establece la clasificación según la sintomatología subdividiendo la patología en dos, IVU asintomática diagnosticada por métodos laboratorios, e IVU sintomáticas subdividiéndose según el grado de severidad de la infección. (1)

6.6.1 IVU asintomáticas

Infección urinaria que padece la embarazada que no genera síntomas, en la literatura puede ser descrita también como bacteriuria asintomática, se evidencia por los resultados de laboratorio, utilizando el examen general de orina combinado con el conteo de leucocitos en cámara de Neubauer (10 o más leucocitos por microlitro) o utilizando el método de urocultivo, considerando como positivo 100 mil o más bacterias por microlitro de un solo género y una misma especie cuando se siguieron las normas establecidas para la toma de la muestra.

Actualmente se cuenta en la mayoría de hospitales y puestos de salud cintas para sumergir rápidas que tienen una sensibilidad del 54-94% frente al urocultivo convirtiéndose este método uno de los más utilizados en las unidades primarias y alejadas del país. (6)

6.6.2 IVU sintomáticas

CLASIFICACIÓN:

6.6.3 IVU con sintomatología leve

Normalmente Se localizan en el tracto urinario bajo (uretra y vejiga) generando síntomas locales como: disuria, frecuencia urinaria, urgencia, dolor abdominal bajo y/o suprapúbico en combinación con bacteriuria encontrada por métodos de laboratorio. (6)

6.2.4 IVU con sintomatología severa.

Infección de vías urinarias que ha logrado ascender a estructuras superiores del sistema urinario, afectando los riñones y generando sintomatología florida y sistémica, con presencia de uno o más de los siguientes síntomas fiebre, escalofríos, dolor costovertebral, disuria, frecuencia, hematuria, náusea y/o vómitos, combinado con una bacteriuria positiva.⁽⁶⁾

6.7 Cuadro clínico.

El síntoma clínico predominante de la infección de las vías urinarias es la disuria, entendida como dificultad y ardor, durante o después de la micción; a la que se le asocian otros síntomas. ⁽²⁾

Su cuadro clínico se presenta con disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, piuria y en ocasiones hematuria. Este cuadro no presenta fiebre ni dolor lumbar lo que nos ayuda a diferenciarlo de una infección urinaria alta. Su diagnóstico incluye un urocultivo positivo asociado a sintomatología. En caso de presentar sintomatología con un urocultivo negativo debe sospecharse infección por Chlamydia. Los agentes etiológicos y el tratamiento de la cistitis son similares a los de la BA a diferencia de esta el diagnóstico de cistitis durante el embarazo no incrementa el riesgo de presentar pielonefritis. ⁽²⁾

La clínica incluye disuria, polaquiuria, micción urgente acompañado de dolor suprapúbico, orina mal oliente y en ocasiones hematuria (síntomas de cistitis) acompañado de fiebre, dolor lumbar intenso y constante, escalofríos, sudación, alteración del estado general.

A la exploración física hay puño percusión lumbar homolateral positiva. Para su diagnóstico la clínica se confirma con un urocultivo mostrando >100,000 colonias

bacterianas de orina. En el sedimento se encuentra leucocituria, puede haber cilindros leucocitarios, proteinuria y hemáties. (4)

Durante el embarazo, a nivel de tracto urinario, se presentan cambios que pueden favorecer la aparición de infecciones sintomáticas. El riñón aumenta de tamaño, consecuencia directa de la hipertrofia y dilatación de la vasculatura, además por el incremento del contenido de agua. Por otra parte, el uréter, la pelvis y los cálices renales se dilatan en el 90% de las gestantes por factores hormonales y mecánicos.

Estos cambios están muy relacionados con los incrementos hormonales, especialmente de la progesterona, la cual provoca cambios en el tono y peristaltismo del sistema colector, llevando a estasis urinaria, lo que favorece el reflujo hacia el riñón. A esto se le adiciona el efecto compresivo mecánico, que el útero grávido genera a partir de la segunda mitad de la gestación. (5)

La vejiga presenta disminución del tono muscular, incrementando su capacidad, disminuyendo la capacidad de vaciamiento y favoreciendo el reflujo de orina.

Aunque no se presentan mayores modificaciones en la uretra, su tamaño relativamente corto es uno de los factores claves en la génesis de la patología infecciosa urinaria.

6.8 Diagnóstico.

Es una prueba básica de rutina que debe ser tomada a todo paciente que ingresa a una institución de salud; en el caso de una embarazo se recomienda al menos una vez por trimestre, es una prueba de escrutinio que identifica a la bacteriuria asintomática, diagnostica a las que presentan sintomatología, previa toma del urocultivo. (13)

Los parámetros a investigar en el examen general de orina para el diagnóstico de IVU son:

- PH de 6 o más
- Densidad: 1,020 o más.
- Leucocituria Presencia de más de 8 leucocitos/mm³ de orina, observados con un microscopio de luz con objetivo de inmersión. La sensibilidad de esta prueba es superior al 70% la especificidad se encuentra alrededor del 80%.
- Bacteriuria. Presencia de bacterias en orina.

El Uroanálisis es un método de pruebas rápidas, en una tira plástica, que contiene zonas reactivas útiles para el diagnóstico de IVU.

- Esterasa leucocitaria. Enzima que poseen los leucocitos; la detección inicia a partir de 10 leucocitos. La sensibilidad es de 83% y la especificidad del 78%.
- Prueba de Nitritos. La reducción de nitratos a nitritos realizada por las enterobacterias tiene una sensibilidad de 53% y una especificidad de 98%.

Las sumas de las dos pruebas para el diagnóstico de IVU alcanzan una Sensibilidad del 93% y una especificidad del 72%. (13).

El diagnóstico definitivo de infección urinaria se establece a través urocultivo positivo (Prueba de oro); según el método de recolección de la muestra de orina, proporcionara un porcentaje de probabilidad de infección. Talla suprapúbica 100%, Cateterización transuretral 95%, chorro medio (una muestra 80%; 3 muestras 95%)

El criterio de positividad del urocultivo es el desarrollo de 100 mil unidades formadoras de colonias por mililitro de orina de un microorganismo único. En pacientes con sintomatología urinaria una cuenta colonial de 10000 UFC/ml son suficientes para hacer el diagnostico. (14).

Exámenes complementarios.

- Biometría Hemática Completa
- Ultrasonido Renal.

- Depuración de creatinina
- Nitrógeno de Urea.
- Monitoreo fetal.
- Proteínas totales y relación A/G
- Exudado y Cultivo vaginal.
- Hemocultivo.

El diagnóstico Diferencial de las Infecciones de Vías Urinarias. Son:

- Amenaza de aborto
- Amenaza de parto pretermo
- Apendicitis
- Colecistitis
- Litiasis renal
- Glomérulo Nefritis.

6.9 Tratamiento.

6.9.1 Tratamiento médico (15).

Medidas generales:

Bacteriurias asintomáticas, cistitis, uretritis y pielonefritis iniciar tratamiento con:

- 1) Explicar a la usuaria sobre el cuadro clínico, los riesgos en el embarazo y la importancia de cumplir el tratamiento.
- 2) Reposos según el cuadro clínico.
- 3) Explicar que debe acudir a la unidad de salud si los síntomas persisten de 3 a 4 días.
- 4) Ingesta de líquidos 3 a 4 litros por día.
- 5) Evaluar la presencia de dinámica uterina, en caso de trabajo de parto iniciar tratamiento útero inhibitor y maduración pulmonar según protocolo.

- 6) Control de signos vitales.
- 7) Bajar Fiebre y utilizar antipiréticos
- 8) Antes de iniciar el tratamiento con Antibiótico realizar toma de muestra para examen general de orina
- 9) Realizar urocultivo si el caso lo amerita.

6.11.2 Tratamiento Farmacológico ⁽⁶⁾.

La norma de Nicaragua recomienda:

Iniciar con:

- 1) Nitrofurantoína 100mg PO cada 12 horas por siete días. (Primera elección)
- 2) Cefalexina 500 mg PO cada 6 horas por siete días(segunda elección)
- 3) Agregar analgésico: Acetaminofén 500 mg cada 6 horas PO
- 4) Ceftriaxona 2gr iv al día por siete días o según repuesta

Control y seguimiento ⁽¹⁵⁾.

Para Bacteriuria Asintomática, cistitis y pielonefritis.

- 1) Una semana después de finalizado el tratamiento realizar EGO con cinta cualitativas buscando nitritos. Si existen síntomas sugestivos de infección d vías urinarias es necesario hacer urocultivo y antibiograma.
- 2) Si el urocultivo sigue siendo positivo repetir el tratamiento por diez días más y administrar:
- 3) Nitrofurantoína y vitamina C 500mg por diez días y luego continuar con terapia supresora: Nitrofurantoína 50 mg por día hasta completar los 30 días o hasta final del parto según el cuadro clínico y tolerando de la paciente.
- 4) Si el tratamiento fracasa verifique el urocultivo y la sensibilidad trate con antibiótico apropiado.
- 5) Urocultivo según normas

6) Si la pielonefritis crónica remitir a la paciente con el nefrólogo.

6.10 Complicaciones⁽⁵⁾

Maternas.

- Amenaza de aborto y aborto
- Amenaza de parto pretérmino
- Parto Prematuro.

Fetales:

- Sepsis perinatal.
- Muerte fetal y neonatal.
- RCIU.

Otras complicaciones:

- Síndrome séptico
- Necrosis tubular y glomerular
- Uremia.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Descriptivo, cuantitativo, Serie de Casos.

Área de estudio

Sala de Ginecobstetricia del Hospital Primario el Tuma- la Dalia "San José de la Mulas" Ubicado en el departamento de Matagalpa en el periodo de junio a diciembre 2014.

Universo.

Toda la embarazada que cumpla criterios de IVU ingresadas a sala de ginecoobstetricia en el Hospital Primario el Tuma- la Dalia "San José de las Mulas", en el periodo junio a diciembre del 2014.

Muestra.

Se tomara como muestra el 100% de la población meta equivalente a 30 expedientes de las pacientes ingresadas al servicio de ginecobstetricia con diagnóstico de IVU en el embarazo, periodo de junio a diciembre 2014.

Criterios de inclusión.

Todas las embarazadas diagnosticadas con IVU ingresadas a sala de ginecoobstetricia del hospital primario el Tuma- la dalia "San José de las Mulas", en el periodo junio a diciembre 2014.

Embarazadas sin edad gestacional específica.

Criterios de exclusión

Embarazadas no ingresadas a la sala de ginecología.

Embarazadas con IVU asintomáticas tratadas ambulatoriamente.

IVU diagnosticadas después del parto.

Técnicas y procedimientos.

Se realizan los siguientes procedimientos:

1. Elaboración de instrumento de recolección.
2. Validación de instrumento de recolección (pilotaje de encuesta)
3. Se revisaron los expedientes clínicos de las embarazadas diagnosticadas e ingresadas a la sala de ginecología.
4. Llenado de instrumento elaborado para la recolección de información.
5. Obtuvimos un resultado de pacientes diagnosticadas con IVU ingresadas en sala de ginecobstetricia.
6. Se analiza las características clínicas de IVU en las mujeres embarazadas ingresadas a la sala de ginecobstetricia.

Plan de Tabulación y Análisis.

Siguiendo el orden de los objetivos específicos y con los datos recogidos en las guías de revisión de expedientes clínicos se procedió a elaborar en el programa Microsoft Excel 2013 una base de datos, a la que se le aplicó análisis de datos para obtener frecuencia simple, porcentajes y cruces de variables que fueron expresadas en tablas y gráficos, éstos últimos para ser presentado en Microsoft Power Point 2013.

Método de recolección de la información.

En el Hospital Primario de la Dalia se revisaron los expedientes de todas las embarazadas que ingresan a sala de ginecobstetricia del Hospital primario la Dalia. Se recolecto la información a través de los expedientes clínicos de las pacientes embarazadas diagnosticadas con IVU a través de una ficha de recolección de datos,

de las cuales se obtuvieron 30 expedientes. A los que se le realizó el análisis de la información contenida en dichas fichas.

Unidad de observación.

Expedientes clínicos de las embarazadas con criterios de IVU ingresadas en la sala de ginecobstetricia.

Aspectos éticos.

Con fines educativos se solicitó a la dirección del hospital por medio de una carta el permiso para facilitar los expedientes clínicos y recolectar la información con un instrumento previamente elaborado.

Los resultados del estudio son con objetivo educativo por lo cual se mantendrá el sigilo del expediente y preservación del mismo por tratarse de un documento médico legal.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Valor
Edad materna	Tiempo transcurrido desde el nacimiento en años hasta la fecha del estudio	Años	≤ 15 16-19 20-24 25-29 ≥ 30
Ocupación	Se refiere al tipo de actividad que desempeña cotidianamente la mujer.	Trabajo	Ama de casa. Comerciante. Domestica Otra.
Procedencia	Lugar de residencia		Urbano Rural
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado hasta el momento del estudio	Nivel alcanzado	Primaria. Secundaria. Universitaria.
Estado Civil	Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Situación personal	Casado. Soltero. Unión Libre Divorciado. Viudo.

Servicios Básicos	Debería ser al que toda persona, sin importar donde viva, tenga acceso, ya que garantiza un mínimo de calidad de vida para a partir de ahí realizar su desarrollo personal	Agua. Luz	Si No
Excretas	Todo material de desecho que se elimina del organismo	Lugar	Letrina Inodoro Otros
Factores de Riesgo	Circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de la embarazada a contraer una IVU.	Patología	Antecedentes patológicos personales. Antecedentes patológicos familiares. Antecedentes gineco-obstétricos. Hospitalizaciones
Patologías maternas asociadas	Enfermedades que cursaron durante el embarazo diferente a IVU.	Patología	Vaginosis Anemia SHG Diabetes gestacional. ITS. Ninguna.
Cuadro clínico	Diferentes manifestaciones que se presentan al momento de contraer la IVU	Síntomas y signos	Asintomático. Disuria. Dolor Abdominal Bajo o supra púbico.

Características clínicas y epidemiológicas de Pacientes con diagnóstico de Infección de Vías Urinarias (IVU) durante el embarazo.

			<p>Fiebre.</p> <p>Escalofríos.</p> <p>Vómitos.</p> <p>Nauseas.</p> <p>Dolor costo vertebral.</p>
Clasificación de IVU	Denominación que se le da a la patología según las características clínicas de esta.	Presentación Clínica	<p>IVU Primera Vez.</p> <p>IVU Recurrente.</p> <p>IVU Resistente al tratamiento</p>
Tipo de diagnostico	Método por el cual se llega a determinar el tipo de patología que cursa el paciente	Métodos	<ul style="list-style-type: none"> - Clínico - Laboratorio. - Integral (clínico y Laboratorio)
Tratamiento	Medidas terapéuticas brindada según diagnósticos	Esquema	<ul style="list-style-type: none"> - A Nitrofurantoína cada 12 Horas más antipirético - B Cefalexina cada 6 Horas por siete días más antipiréticos - C Ceftriaxona 1 Gr IV cada 12 horas más antipiréticos cumplimiento hospitalario.

Características clínicas y epidemiológicas de Pacientes con diagnóstico de Infección de Vías Urinarias (IVU) durante el embarazo.

Uro cultivo	Considerada la Prueba de oro para diagnóstico de IVU	Realización del examen	SI NO
Complicaciones	Aparición de una patología intercurrente que provoca un agravamiento en el embarazo.	Patología	Ninguna APP. Amenaza de aborto.

VIII. RESULTADOS

1. características socio-demográficas y clínicas de las embarazadas diagnosticadas con IVU.

- El estudio revela 53.3% de las embarazadas en las edades comprendidas entre 21-30 años, se encontró un 46.6% de embarazadas con edades comprendidas entre 15-20 años, no se encontró paciente menor de 14 años, ni mayores de 35 años.
- La procedencia de las pacientes un 20% procedían de las región urbana del municipio el 80% restante procedía de la zona rural del municipio.
- El nivel educativo de las pacientes participantes se encontraba con un nivel de secundaria de 40%, un nivel de primaria del 30%, un nivel de analfabetismo de 16.67 % y con nivel universitario se observó un 10%.
- Con respecto a la ocupación de las pacientes, todas se encargaban de las labores domésticas de sus hogares declarando que eran amas de casa (100%), no se observaron otro tipo de ocupaciones, la mayoría de las pacientes tenían uniones no reconocidas legalmente pero declaraban que tenían pareja estable (70%), un 16.6% se encontraban casadas al momento de la realización del estudio, un 13.3% se encontraban solteras.
- Habitan en su mayoría los hogares de los familiares (53.3%), el resto tienen residencia propia (46.6%).
- En sus hogares la mayoría tiene agua potable (56.6%), los hogares restantes consiguen agua a través de pozo (43.3%).
- La luz eléctrica llega en un 86.6% y en un 13.33% no tienen el servicio de luz eléctrica.
- Con respecto a los antecedentes patológicos personales un 3.33% reconoce haber tenido muertes perinatales en embarazos anteriores, un 3.33% haber padecido IVU en embarazos anteriores, los familiares de

primer grado de los pacientes un 20% tienen antecedentes de HTA, un 13.33% de Diabetes Mellitus, el restante no padece de enfermedades y no han padecido Infecciones urinarias en embarazos anteriores.

- Los antecedentes obstétricos de las pacientes se encuentran en alrededor de 1 gesta como media, una media de 0.1 de cesárea (1 de cada 10 de cada de estas pacientes), abortos con una media de 0.13, al igual proporción con los legrados una media de nacidos vivos de 0.8.
- De todas las pacientes valoradas, un 73% tenían el peso acorde a su edad gestacional, 26.6% no estaban dentro de los intervalos de peso acorde a la edad gestacional.
- Las principales consulta, El dolor lumbar (26%), seguido de dolor en bajo vientre (16.7%), referencia a casa materna (13.3%), sangrado Transvaginal (13.3%), IVU recurrente (6.7%), Fiebre (6.7%), disuria (6.7%), dolor lumbar y disuria (3.3%), dolores obstétricos (3.3%), HTA (3.3%).
- Un 53.34% no ha tenido hospitalizaciones el restante 46.66% de las pacientes ya ha estado hospitalizada por otras razones, los signos vitales de las pacientes se encontró un peso como media de 57 kg, una talla de 151 cm como media, una presión arterial media de 76, una temperatura de 36.5 como media y una frecuencia cardiaca fetal de 144 como media.
- Las pacientes con alguna patología asociada constituyeron un 56.6%, dividiéndose en candidiasis (26.6%), anemia (16.6%), SHG (6.66%), ITS (3.3%), Diabetes Gestacional (3.3%), el restante 43.33% no tiene patologías maternas asociadas al embarazo

2. Manejo de Infección de vías Urinarias.

- El método diagnostico utilizado fue integral que incluye características clínicas y confirmación por laboratorio con un total de 86.7% ambos, un 13.3% de las pacientes fue diagnosticada por características clínicas de la patología.

- La clasificación de la IVU según el expediente se dividió en, IVU recurrente (56.6%), IVU primera vez (40%), IVU resistente al tratamiento (3.3%). De todas estas pacientes solo a un 3.33% se les realizó urocultivo, al restante 96.6% no se les realizó.
- El esquema empleado para el tratamiento de la patología fue esquema A (46.6%), B (30%), C (23.3%).

3. Mencionar las complicaciones de las pacientes en estudio.

- Del total de las pacientes un 56.6% no presentó complicaciones, el restante presentó APP (23.3%), Síndrome Séptico (3.3%), Aborto (3%), RCIU (3%).

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los análisis de este estudio realizados en el hospital Primario la Dalia "San José de la Mulas" de la ciudad de Matagalpa municipio de la dalia, no pudieron ser contrarrestados con estudios hechos en el propio hospital ya que se carece de estos siendo este el primero en su categoría.

1. características socio-demográficas y clínicas de las embarazadas diagnosticadas con IVU.

Al analizar los grupos etarios según, estudio realizado en Colombia por Dra. Lisbeth Meza gineco-obstetra predominan las adolescente con la enfermedad sin embrago en nuestro estudio se encuentra que la mayoría de mujeres afectadas se encuentra entre las edades de 21 y 30 años de edad de estas de procedencia rural la cuales la mayoría curso o llego a nivel de secundaria y están en una relación estable.

Al comparar con la literatura internacional una revista sobre las patologías urinarias en el embarazo elaborada por Dr. Maroto en España Gineco-Obstetra, se encuentra que en un 53% ya había presentado la enfermedad anteriormente constituyéndolo como principal factor de riesgo en cambio según nuestro estudio apenas 3.3% había presentado anteriormente la patología y apenas un 46% había estado hospitalizada, pero por otra Causa.

Se encuentra que al momento del ingreso el principal motivo de consulta es el dolor lumbar seguido de dolor bajo vientre pero al momento de su ingreso en sala predomina en la historia clínica el dolor supra púbico al momento de consultar la literatura internacional predomina la disuria según estudio realizado en 2010 por Lic. Clotilde vallejos, Lic. María del rosario López en modulo materno infantil sobre prevalencia de infección de vías urinarias en embarazadas atendidas en el hospital universitario de puebla.

2. Manejo de Infección de vías Urinarias.

El diagnóstico realizado según resultados es integral confirmado por un Ego la cual concuerda con estudio mencionado anteriormente la cuales encontraron que el método diagnóstico de prevalencia es el EGO, a diferencia que en Nicaragua según estudios hechos en Matagalpa en prevalentemente clínico.

Según el estudio la mayoría de la mujeres fueron tratadas según esquema A 46.6% de las cuales un 56% fueron diagnosticadas como IVU recurrente lo cual no concuerda según normas y protocolos de nuestro país.

3. Mencionar las complicaciones de las pacientes en estudio.

Se evidencia que más de la mitad de las pacientes estudiadas no presentó ninguna complicación el restante predomina la Amenaza de parto prematura (APP), la cual según estudio realizado en México por Dr. Pérez sobre comportamiento de IVU en el embarazo más de la mitad de sus pacientes terminaron en APP.

X. CONCLUSIONES.

1. La población estudiada se caracteriza en su mayor frecuencia entre las edades de 21 a 30 años de edad, procedencia rural, amas de casas en una relación estable y nivel educativo de secundaria sin finalizar.
2. El principal factor de riesgo (80%) es situación geográfica asociado en un porcentaje menor a patologías asociadas en el embarazo.
3. Los antecedentes patológicos familiares y personales no tuvieron gran impacto en la aparición de la enfermedad.
4. Las mujeres cursan según historia clínica por primera vez con el cuadro patológico.
5. Los antecedentes obstétricos se cumple con una media de una gesta por mujer.
6. El peso no influye como factor predisponente para la enfermedad.
7. Al momento del ingreso el principal motivo de consulta fue el dolor lumbar
8. Más de la mitad de las pacientes curso con patologías asociadas a la enfermedad
9. La tercera parte de las mujeres del estudio (46.66%) había estado hospitalizada por otras patologías.
10. El diagnostico empleado fue integral clasificadas al ingreso como IVU recurrente.
11. El esquema de tratamiento utilizada fue el A (46%).
12. El urocultivo no se le realiza a todas las pacientes.
13. Dentro de las complicaciones la más frecuente fue la amenaza de parto pretermo

XI. RECOMENDACIONES.

A personal Médico.

- Cumplir con los estándares de calidad que exige un buen control prenatal.
- Dar consejería a mujeres sobre su dieta, en el embarazo.
- Establecer una buena relación médico paciente para garantizar una buena historia clínica, e identificar factores de riesgo asociados a la enfermedad
- Hacer uso de las cintas reactivas para la realización de uroanálisis en cada control prenatal.
- Dar seguimiento a las mujeres diagnosticadas con IVU para evitar complicaciones.

A Centro Hospitalario.

- Capacitar al personal de salud para la identificación temprana de la enfermedad y de esta manera evitar complicaciones.
- Abastecer de cintas reactivas en cada consultorio para garantizar la realización de uro análisis.
- Promover la realización de club de apoyos a mujeres embarazadas para que se brinde consejería sobre la enfermedad y la manera de evitarla.
- Realizar Uro cultivo a como establece las normas y protocolos de nuestro país.
- Mejorar la potabilización del agua de las diferentes comunidades que no poseen con ese vital.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Casellas J, L. F. (2011). *Etiopatogenia y fisiopatología de las infecciones urinarias en el adulto*. Latinoamerica .
2. Hall, J. (2011). *Tratado de Fisiología Medica*. Missisipi: ELSEVIER.
3. He., K. (1960). The role of asymptomatic bacteriuria in the pathogenesis of pielonephritis. *Biology of Pielonephritis*, 399-412.
4. Hsia TY, S. L. (1995). The effect of pregnancy on rat urinary tract dynamics. *Journal of Uriology* , 684-689.
5. Kass, E. (1977). Bacteriuria and pyelonephritis of pregnancy. *JAMA internal Medicine*, 194-198.
6. MINSA . (2011). *Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes del alto riesgo obstetrico* . MANAGUA: MINSA NICARAGUA.
7. MINSA. (2006) **Normas Nacionales para la Atención Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo. Managua, Nicaragua.**
8. Derek Llewellyn Jones. (2000) **Ginecología y Obstetricia**. Impresiones Harcourt. 7ma ed. España. 505 PP.
- 9 . Schwartz Leopoldo Ricardo; Fescina Ricardo y Duverge Carlos. (2005) **Obstetricia**. Ediciones El Ateneo. 6ta ed. Buenos Aires. Argentina. p. 370-375.
10. Velásquez Centeno Alberto. (2006-2007). **Factores Maternos Relacionados con el Parto Pretérmino y sus Repercusiones**. Monografía. Hospital Hipólito Unanue. Lima. Perú.

11. Zeledón Munguía Elvira. (1996). **Factores Maternos Relacionados a Muerte Fetal Tardía**. Monografía. Hospital Bertha Calderón Roque. Managua. Nicaragua.
12. Patterson TF, A. V. (1997). Detection, significance, and therapy of bacteriuria in pregnancy. Update on the managed health care era. . *Infection Disease Clinical of Northeamerica*, 593-608 .
13. Sharma P, T. L. (2007). Acute pyelonephritis in pregnancy: a retrospective study . *Obstetric Gynecologic*, 313-315.
14. Stenqvist K, S. T.-J. (1987). Virulence factors of escherichia coli in urinary isolates from pregnant women . *Journal of infectious disease*, 870-877.
15. Waltzer, W. (1981). The urinary tract in pregnancy. *Journal of Urology*, 271-276.
16. Whaley, P. (1967). Bacteriuria of pregnancy. *American Journal Obstetrical Ginecologist*, 723-738.
17. Williams. Enfermedades de las Vías Urinarias. En. *Obstetricia* 222^{va} edición (2006). Editorial McGraw-Hill Interamericana. Cap. 48. Pág. 1093-1110.
18. Derek Llewellyn Jones. (2000) **Ginecología y Obstetricia**. Impresiones Harcourt. 7ma ed. España. 505 PP.
19. Schwartz Leopoldo Ricardo; Fescina Ricardo y Duverge Carlos. (2005) **Obstetricia**. Ediciones El Ateneo. 6ta ed. Buenos Aires. Argentina. p. 370-375.
20. Velásquez Centeno Alberto. (2006-2007). **Factores Maternos Relacionados con el Parto Pretérmino y sus Repercusiones**. Monografía. Hospital Hipólito Unanue. Lima. Perú.

21. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). (2005). **Protocolo de la infección urinaria durante el embarazo.** Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/docs/vol29_2InfecUrinariaEmbarazo.pdf
22. Yomayusa N, Altahona (2004). **Infección de la vía urinaria inferior. Guías para manejo de urgencias.** Disponible En:http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Procesos_infecciosos/Infeccion_de_la_via_urinaria_inferior.pdf
23. Faneitef, Pedro, Gómez, Ramón. (2006). **Amenaza de parto prematuro e infección urinaria.** Web.http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000100001&lng=es&nrm=iso>.

Características clínicas y epidemiológicas de Pacientes con diagnóstico de Infección de Vías Urinarias (IVU) durante el embarazo.

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Facultad de Ciencias Médicas

Fecha de recolección de datos:

Tema: Características clínicas y epidemiológicas de Pacientes

con diagnóstico de Infección de Vías Urinarias (IVU) durante

el embarazo ingresadas a sala de ginecología del Hospital Primario "San José

de las Mercedes" de la Dalis, en el periodo de Julio a Diciembre 2014. El llenado de la

ANEXOS

Hoja de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en los

expedientes clínicos de cada paciente ingresado en el Hospital, el llenado debe ser

realizado a la mano se encuentra en cada uno de los formatos de registro de los datos.

II Datos generales:

1. Folio N° _____
2. Responsable del Llenado: _____
3. N° de Expediente clínico: _____
4. Lugar del control prenatal: _____

Características clínicas:

- a. Edad: _____
- b. Ocupación: _____
- c. Acto de sexo: _____
- d. Características: _____
- e. Origen: _____
- f. Estado civil: _____

III Datos Epidemiológicos:

- a. Medio Epidemiológico de origen: _____
- b. Antecedentes: _____
- c. Prácticas: _____
- d. Alimentación: _____
- e. Hábitos: _____
- f. Educación: _____

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Facultad de Ciencias Médicas

Ficha de recolección de datos.

Tema: Características clínicas y epidemiológicas de Pacientes con diagnóstico de Infección de Vías Urinarias (IVU) durante

el embarazo, ingresadas a sala de ginecología del Hospital Primario "San José de las Mulas" de la Dalia, en el periodo Junio a Diciembre 2014. El llenado de la fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en los expedientes clínicos de cada paciente obtenido en el Hospital, el llenado debe ser correctamente, tal como se encuentra en este, no se permite borrar, o modificar los datos.

1) Datos generales.

- a. Ficha N° _____
- b. Responsable del Llenado. _____
- c. N° de Expediente clínico _____
- d. Lugar del control prenatal: _____

2) Datos demográficos.

- a. Edad: _____
- b. Ocupación.
 - Ama de casa ☐
 - Comerciante ☐
 - Domestica ☐
 - Otras ☐ _____
- c. Estado civil: _____

e. Nivel Educativo alcanzado.

- Analfabetismo ☐
- Primaria. ☐
- Secundaria. ☐
- Técnica. ☐
- Universitaria ☐

- f. residencia actual (comunidad o barrio) _____.
- g. Residencia : propia: __ alquilada : __ familiares: __
- h. Agua: Pozo: __ potable: __ Río o caño: __
- i. Luz Eléctrica: Si __ No __

3) Antecedentes Personales:

HTA: _____ Parto prematuros: _____

DIABETES: _____ IVU embarazo anteriores: _____

TB: _____ Muertes perinatales: _____

Antecedentes de ITS: _____ Anemia: _____

SHG: _____ Otros: _____

4) Antecedentes Familiares

HTA: _____ DIABETES: _____

Tb : _____ MUERTE PERINATAL: _____

5) Antecedentes Ginecobstetricias

G: _____ P: _____ C: _____ A: _____ Legrados: _____

Nacidos vivos: _____ Nacidos Muertos: _____

Hospitalizaciones durante el embarazo: si __ no __

Diagnostico durante la hospitalización: _____

6) Datos clínicos

Peso __ Talla: __ PA: __ FC: __ Tempo: __ FCF: __

Aumento de peso acorde a edad gestacional si: __ no: __

Motivo de consulta _____

FUM __ FPP __ Altura Uterina _____

8) Síntomas y signos de la paciente diagnosticadas con IVU (se pueden marcar más de una casilla).

Asintomática
Disuria.
Dolor abdominal bajo o supra púbico.
Aumento de la frecuencia de orinar.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Urgencia al orinar.
Fiebre.
Escalofríos.
Vómitos.
Nauseas.
Dolor costo vertebral.
Orina maloliente.
Orina turbia.
Sangre en orina
Otros (Especifique): _____

9) Diagnóstico de IVU
Clínica _____ Laboratorio _____ integral _____

Clasificación de IVU
IVU primera vez ☐
IVU recurrente ☐
IVU resistente al tratamiento ☐

Resultado de EGO
Leucocitos: _____
Nitritos: _____
Proteínas: _____
Cel. Epiteliales: _____
Densidad Urinaria: _____
Urocultivo: si: _____ no: _____

10) Patologías Maternas Actuales asociadas
Anemia: _____
SHG: _____
Candidiasis vaginal: _____
ITS: _____
Diabetes gestacional: _____
Otras: _____

11) Complicaciones materno-infantiles que presenta la paciente.
Ninguna ☐
APP. ☐
Síndrome Séptico. ☐

Características clínicas y epidemiológicas de Pacientes con diagnóstico de Infección de Vías Urinarias (IVU) durante el embarazo.

Necrosis tubular y glomerular. ☐

Insuficiencia Renal. ☐

Uremia. ☐

Amenaza de aborto. ☐

Aborto. ☐

Sepsis perinatal. ☐

Muerte fetal y neonatal. ☐

Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) ☐

Otras ☐

12) esquemas de tratamiento indicado: _____

Tablas de los resultados

Tabla No.1 Datos demográficos

Datos Demográficos						
Categoría	Edades					Porcentaje%
	<14	15-20	21-30	>35años	total (30)	
Urbano	0	3	3	0	6	20
Rural	0	11	13	0	24	80
Ama de casa	0	15	15	0	30	100
Casa propia	0	4	10	0	14	47
Casa Familiar	0	10	6	0	16	53
Alquila	0	0	0	0	0	0
Agua(pozo)	0	3	10	0	13	43
Agua potable	0	9	8	0	17	57

Fuente: instrumento.

Tabla No. 2

Datos Demográficos						
Edad	<14	15-20	21-30	>35años	Frecuencia	Porcentaje
Casado		2	3		5	16.67
Soltero		4			4	13.33
Unión de h		11	10		21	70
Analfabeta		2	3		5	16.67
Primaria		5	4		9	30
Secundaria		8	4		12	40
Universidad.		1	2		3	10

Fuente: instrumento

Tabla No. 3 Antecedentes obstétricos

Antecedentes Ginecoobstetricos	Media	Error standard de la media	Desviación standard
Gestas	0.9	0.19	1.04
Partos	0.7	0.18	1.01
Cesáreas	0.1	0.07	0.4
Abortos	0.13	0.06	0.34
Legrados	0.13	0.06	0.34
Nacidos Vivos	0.8	0.16	0.92
Nacidos Muertos	-	-	-

Fuente: Instrumento

Tabla No. 4 Antecedentes de Hospitalizaciones en el embarazo.

HOSPITALIZACIONES EN EL EMBARAZO			
SI		NO	
FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14	46.66	18	53.34

Fuente: Instrumento

Tabla No. 5 Signos vitales de las pacientes ingresadas.

Signo Vital	Media	Error standard de la media	Desviación standard
Peso	57.07	1.6	8.6
Talla	151.4	1.2	7
Presión Arterial Media	76	1.09	6.7
Temperatura	36.5	0.1	0.55
Frecuencia Cardiaca Fetal	144	0.9	5.2

Fuente: Instrumento

Tabla No. 6 Aumento de peso acorde a edad gestacional

Aumento de peso acorde a edad gestacional			
Si		No	
frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
22	73.3	8	26.6

Fuente: Instrumento

Tabla No. 7

Método de Diagnóstico de IVU

Diagnóstico de IVU		
	Frecuencia	Porcentaje
Clínica	4	13.4
Laboratorio	13	43.3
Integral	13	43.3
total	30	100

Fuente: Instrumento

Tabla No. 8 Clasificación de IVU

IVU		
Clasificación	frecuencia	porcentaje
IVU primera vez	12	40
IVU recurrente	17	56.6
IVU resistente al tratamiento	1	3.3
total	30	100

Fuente: Instrumento

Tabla No. 9 Realización de Urocultivo

realización de urocultivo		
Realización	frecuencia	porcentaje
si	1	3.33
no	29	96.6
Total	30	100

Fuente: Instrumento

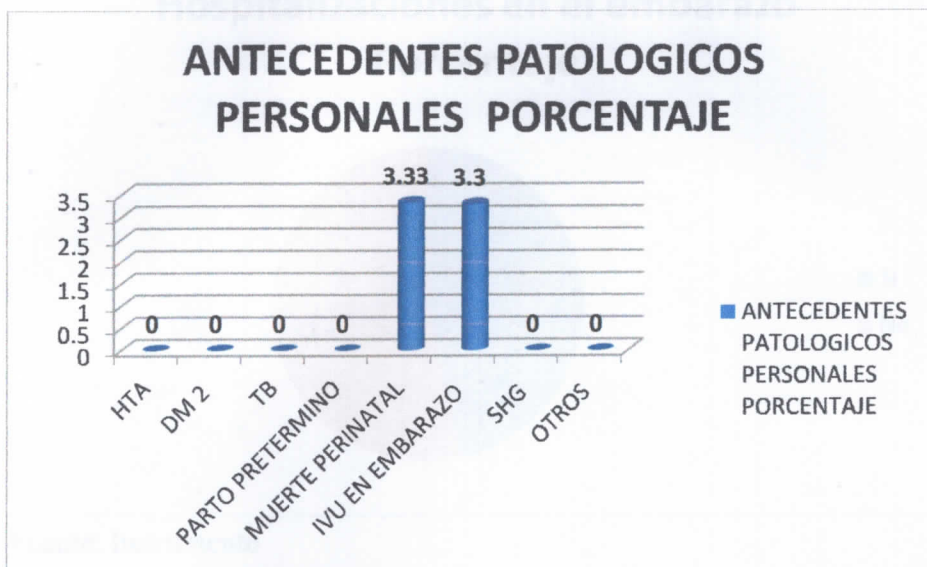
Tabla No. 10 Patologías maternas asociadas

Patologías maternas asociadas	Frecuencia	Porcentaje
Anemia	5	16.67
SHG	2	6.67
Candidiasis	8	26.67
ITS	1	3.33
Diabetes Gestacional	1	3.33
Ninguna	13	43.33
Total	30	100

Fuente: Instrumento

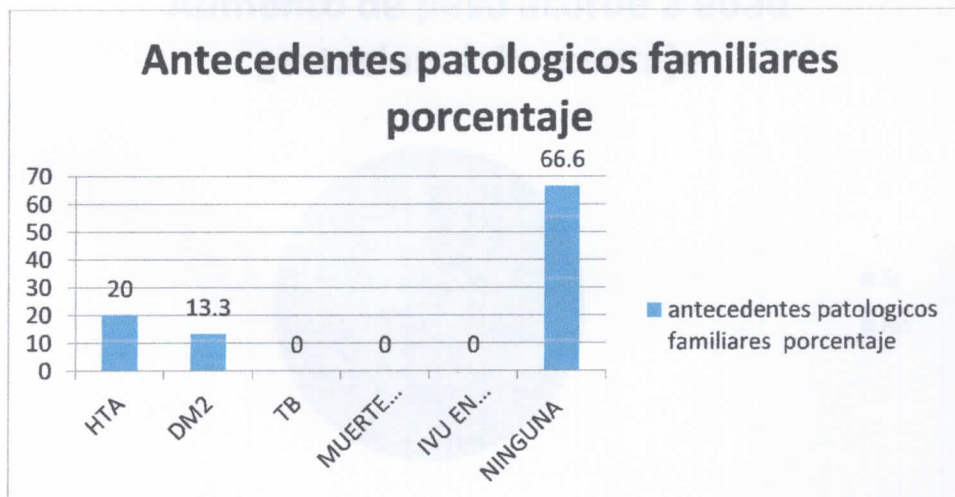
GRAFICOS

Grafico No. 1 Antecedentes patológicos personales



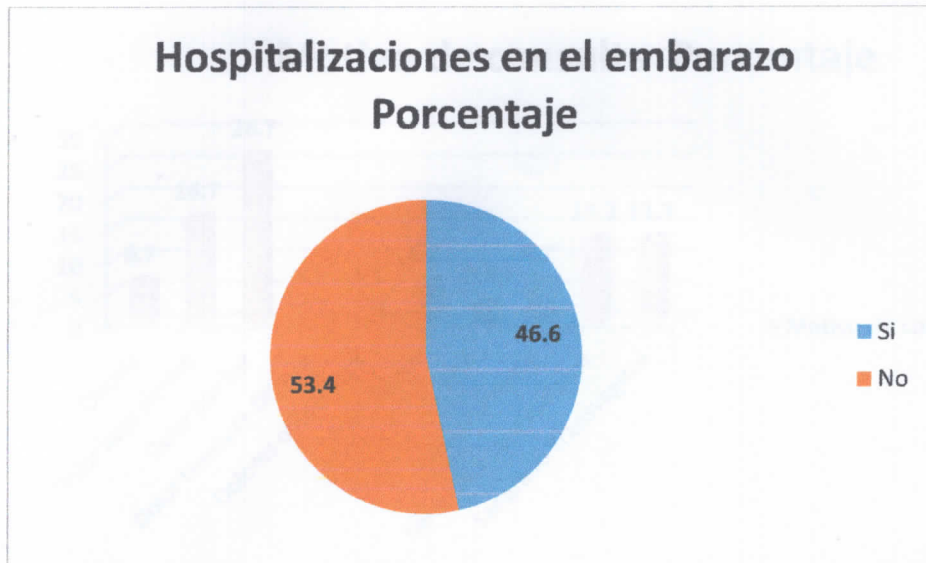
Fuente: Instrumento

Grafico No. 2 Antecedentes patológicos familiares



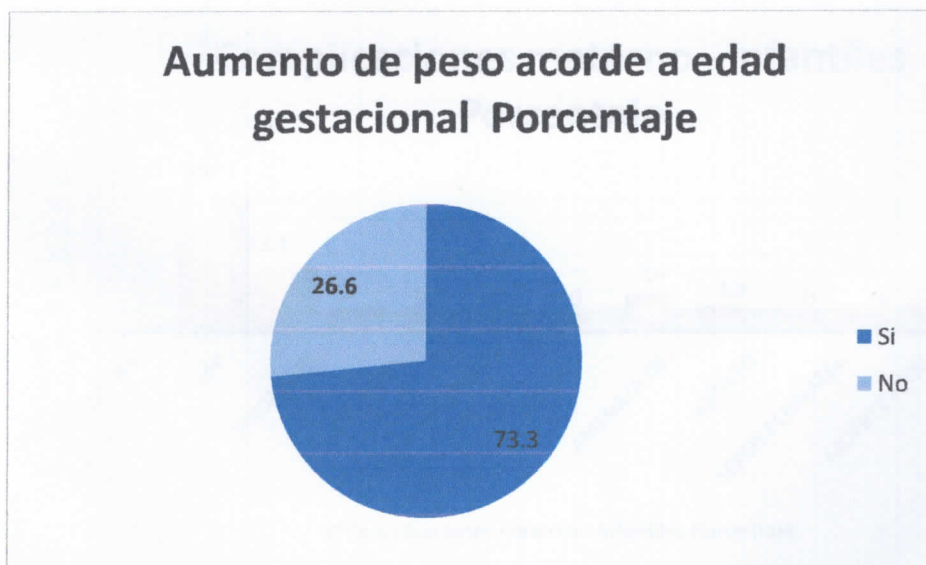
Fuente: Instrumento

Grafico No. 2 Antecedentes de Hospitalización en el embarazo



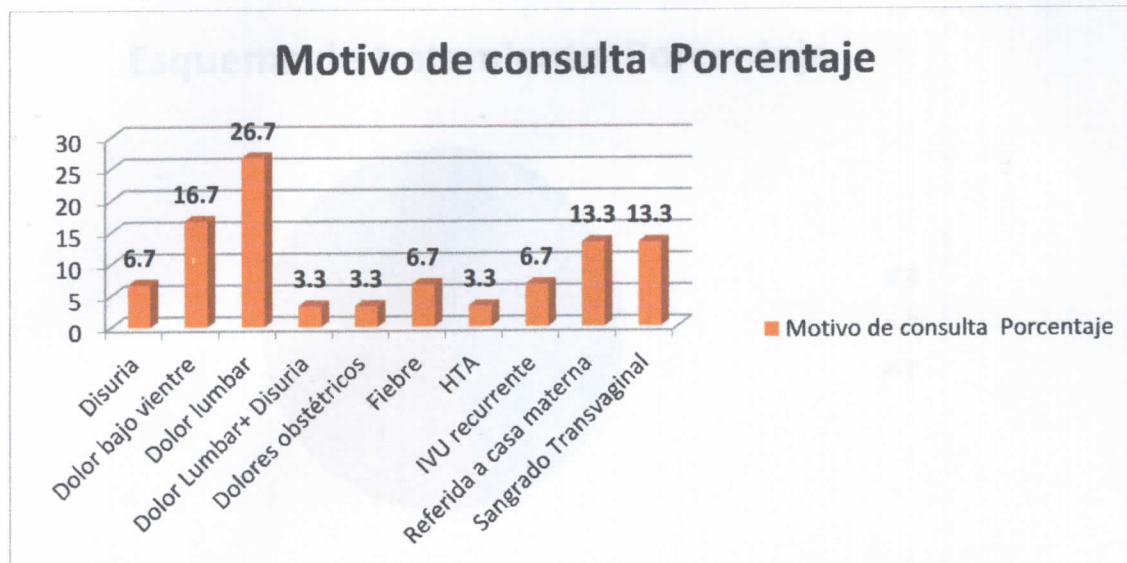
Fuente: Instrumento

Grafico No. 3 Aumento de peso acorde a edad gestacional



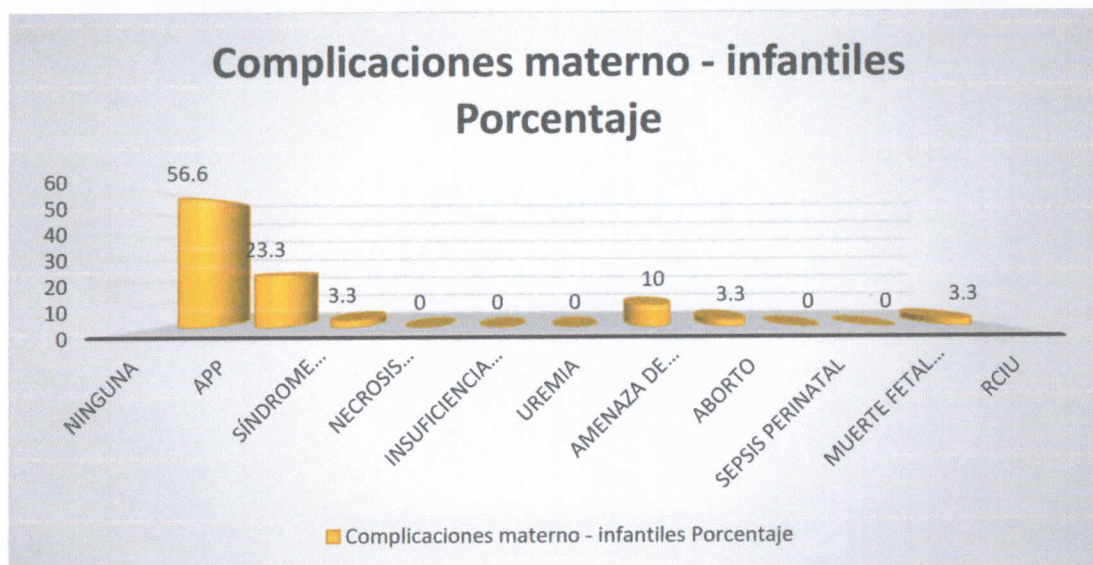
Fuente: Instrumento

Grafico No. 4 Motivo de consulta de las pacientes



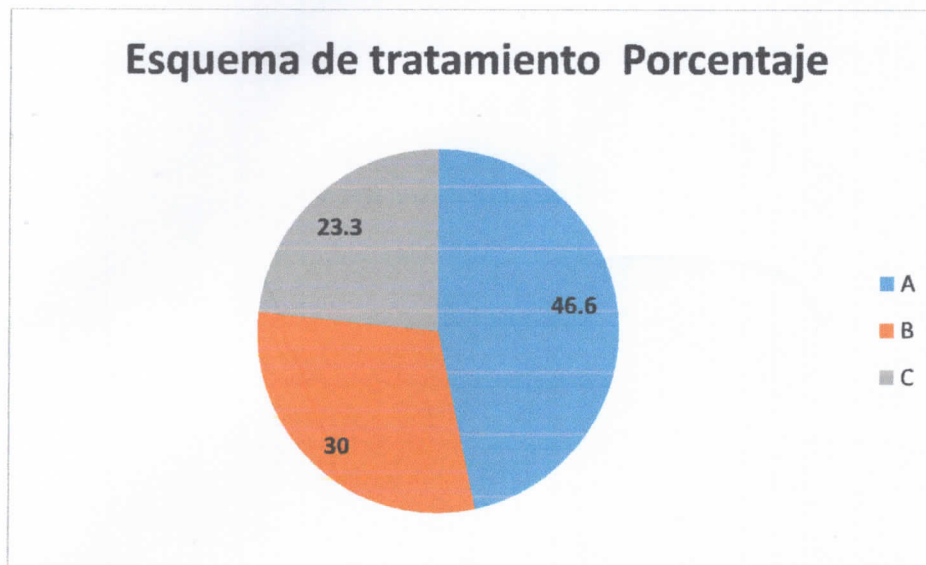
Fuente: Instrumento

Grafico No. 5 Complicaciones materno-infantiles



Fuente: Instrumento

Grafico No.6 Esquema de tratamiento aplicado



Fuente: Instrumento